

## Rauchertherapie in der Sprechstunde

Zum Beitrag von Dr. med. Gerhard Buchkremer  
in Heft 25/1979, Seite 1693 ff.

Es ist sehr zu begrüßen, daß Dr. Buchkremer den Kollegen in der Allgemeinpraxis einige Hinweise gab, wie sie dem entwöhnungswilligen Patienten helfen können. In den meisten Punkten stimme ich mit ihm überein, so vor allem, wenn er feststellt, daß der suggestive Einfluß des (nichtrauchenden) Arztes die Entwöhnungserfolge wesentlich steigern kann. Davon sollte viel mehr Gebrauch gemacht werden als bisher. Nicht zustimmen kann ich seiner Behauptung, daß kein Medikament, das zur Raucherentwöhnung empfohlen wird, einer Plazebothherapie überlegen ist. In mehreren Großversuchen haben wir an insgesamt fast 7000 Rauchern alle erhältlichen Präparate zur medikamentösen Unterstützung der Raucherentwöhnung im Doppelblindversuch getestet (Zschr. Therapie 26 [1973] 402,

MMW 116 [1974] 557, 581, MMW 119 [1977] 1343). Die Ergebnisse – Vollentwöhnung nach 3 Monaten – zeigt die Tabelle.

Diese Entwöhnungsvollerfolge wurden ohne jeden persönlichen Kontakt erzielt. Eine suggestive Beeinflussung war demnach ausgeschlossen. Bei der großen Zahl von Versuchsteilnehmern ließ sich das Ergebnis der ersten sechs Präparate statistisch sichern. Daraus ergibt sich, daß eine medikamentöse Unterstützung der Raucherentwöhnung sehr wohl möglich und sogar zu empfehlen ist. MD4-Zigarettenspitzen waren in unseren Versuchen völlig wirkungslos.

Der Ärztliche Arbeitskreis Rauchen und Gesundheit (Maybachstraße 14, 6800 Mannheim) gibt an alle ent-

wöhnungswilligen Raucher ein Merkblatt mit Tips zur Raucherentwöhnung und ein Faltblatt „Tatsachen über das Rauchen“ gegen Übersendung eines frankierten Rückantwortumschlages ab. Darauf sollten Sie Ihre Patienten hinweisen. Auch für Ihr Wartezimmer stellen wir gern diese Tips und das genannte Faltblatt zur Verfügung.

Professor Dr. med.  
F. Schmidt  
Leiter der Forschungsstelle  
für präventive Onkologie  
Klinische Fakultät Mannheim  
der Universität Heidelberg  
Maybachstraße 14–16  
6800 Mannheim 1

### Schlußwort

Meine Feststellung, daß kein Medikament, das zur Raucherentwöhnung empfohlen wird, einer Plazebothherapie überlegen ist, basiert auf der Ansicht, daß ein Rauchertherapie-Erfolg erst nach einem Jahr, frühestens aber nach einem halben Jahr festgestellt werden kann. Ein nur kurzfristiger totaler Erfolg, dem ein Rückfall mit der gleichen oder gesteigerten Anzahl der früher gerauchten Zigaretten folgt, ist nicht als Therapieerfolg zu werten. Es gibt keine Ein-Jahres-Katamnesen, die belegen könnten, daß eine medikamentöse Unterstützung der Raucherentwöhnung einer reinen Plazebogabe überlegen ist.

Ich stimme mit Herrn Professor Schmidt überein, daß die vorgelegten Behandlungsergebnisse bei den verschiedenen Präparaten nicht durch einen Suggestiveffekt erklärt werden können. Es soll auch nicht bestritten werden, daß Tabex, Ni-Perlen oder Kaliumchloride eine pharmakologische Wirkung besitzen. Dennoch kann von „Entwöhnungsvollerfolgen“ nicht gesprochen werden, solange der Raucher noch auf die Einnahme von Medikamenten angewiesen ist. Damit ist lediglich eine Suchtverschiebung von der Zigarette auf die Tablette einge-

**Tabelle: Wirksamkeit von Präparaten zur medikamentösen Unterstützung der Raucherentwöhnung**

Präparat	Vollentwöhnung in Prozent	Hersteller:
Tabex*)	57	Pharmachim Sofia
Ni-Perlen	54	Pharmalpinia München
Atabakko	51	Boxberger Bad Kissingen
Citotal	50	Müller Göppingen
Unilobin	48	BAG Baden-Baden
Kaliumchlorid	46	Ferring Kiel
Nicobrevin	44	Brevipharm Bad Homburg
Nicocortyl	34	Anti-Tabac GmbH Düsseldorf
Antiraucher-Kaugummi	31	Scheurich Appenweiler
Plazebo	31	

\*) bei uns nicht erhältlich

## AUSSPRACHE

treten. Solange ein Nikotinsubstitutionsmittel (Zytisin) vom Raucher eingenommen wird, ist er über die eigentliche Hürde noch nicht gesprungen.

Auch durch geschmacksvergärende Mittel ist das Rauchproblem nicht zu lösen. Erst wenn der Raucher auch ohne geschmacksvergärende Mittel über einen längeren Zeitraum abstinent bleiben kann, kann er von Therapieerfolg sprechen. Ähnliches gilt auch für die Kaliumsalze.

## Der Handgriff nach „Heimlich“

Zu dem Beitrag von Professor Dr. med. Rudolf Frey und Dr. med. Klaus-Peter Müller in Heft 41/1978, Seite 2343 f.

Auf den Handgriff nach „Heimlich“ wurde ich vor drei Jahren in einer Veröffentlichung von Frey aufmerksam und stellte bald fest, daß sich hier eine Möglichkeit zu eröffnen schien, die es auch dem richtig unterwiesenen Laien ermöglichen mochte, in einer ischier ausweglosen Situation beim totalen Verschuß der Luftröhre durch einen Fremdkörper Leben dann zu retten, wenn jede ärztliche Hilfe am Notfallort oder gar im Krankenhaus regelmäßig zu spät kommt. Es ist daher nicht zu verstehen, daß die Verfasser immer noch für den Erste-Hilfe-Kurs allein den Esmarschen Handgriff, die Befreiung der Mundhöhle und des Rachenraums von großen Fremdkörpern und allenfalls Atemspende und Herzmassage (!) empfehlen. Diese Verfahren sind bei einer Fremdkörperaspiration nutzlos. Bei einem partiellen Luftröhrenverschuß wird nicht mehr möglich sein als zu beruhigen, zu langsamer Atmung anzuregen und für die alsbaldige notärztliche Behandlung zu sorgen. Bei einem totalen Luftröhrenverschuß ist eine erfolgreiche Atemspende nicht möglich, eine äußere Herzmassage – die ein Ersthelfer in der Regel nicht lernt – daher auch nicht möglich.

Eine medikamentöse Behandlung kann zwar für einige Raucher eine hilfreiche Unterstützung darstellen. Das Raucherproblem aber müssen alle selbst lösen, am besten durch Erlernen von Selbstkontrolle.

Dr. med. Gerhard Buchkremer  
Psychiatrische  
und Nervenklinik  
der Westfälischen  
Wilhelms-Universität  
Roxeler Straße 131  
4400 Münster

In der Tat bietet sich bei den wenigen Minuten, die dem Helfer bleiben, nur der Handgriff nach „Heimlich“ an. Mögliche Schäden wiegen weniger, wenn Leben gerettet werden kann. Nach kritischer Würdigung der Darlegungen von Heimlich und der Feststellung, daß (nach Angaben des Statistischen Bundesamtes) in der Bundesrepublik jährlich etwa 550 Menschen den Bolustod sterben, entschlossen wir uns bereits im September 1975 im Malteser-Hilfsdienst, den Handgriff nach „Heimlich“ in den beiden beschriebenen Variationen in die Erste-Hilfe-Ausbildung aufzunehmen! Seither wurden rund 500 000 Menschen in diese Methodik eingewiesen, Zwischenfälle wurden nicht berichtet.

Wir fühlen uns daher zu der Anregung dringend verpflichtet, daß – entgegen der von Frey und Müller vertretenen Ansicht – möglichst viele Laienhelfer diesen (zweiten) lebensrettenden Handgriff erlernen sollten.

Dr. med. Karl-Wilhelm Wedel  
Bundesarzt des  
Malteser-Hilfsdienstes  
Postfach 50 16 60  
5000 Köln 50

## ECHO

Zu: „Ist Aluminium ungiftig?“ von Dr. rer. nat. Günter Becker, Dr. med. Hermann Overhoff und Prof. Dr. med. Wolfgang Forth, in Heft 24/1979, Seite 1639 ff.

### Aluminium als Nervengift entlarvt?

„Aluminium ist ein gefährliches Gift. Seine schädlichen Einwirkungen auf den menschlichen Organismus wurden bislang bei weitem unterschätzt.“ Zu diesem alarmierenden Ergebnis kommt ein ärztliches Forscherteam der Ruhr-Universität Bochum. Vor allem nierenkranke Menschen sollen durch aluminiumhaltige Medikamente und selbst durch die Dialyseflüssigkeit, in der ebenfalls Aluminium enthalten ist, erheblich gefährdet sein. Aluminiumvergifteten Patienten droht danach ein grauenhaftes Schicksal: Muskelkrämpfe, Knochenverkrümmungen, Hirnschäden, Psychosen. Sie können durch das Gift sogar chronischem Wahnsinn verfallen...

Dies alles ergibt sich aus einem jüngst im DEUTSCHEN ÄRZTEBLATT veröffentlichten wissenschaftlichen Aufsatz des Leiters Professor Dr. med. Wolfgang Forth vom Institut für Pharmakologie und Toxikologie der Ruhr-Universität Bochum. Forth und seine Mitarbeiter Dr. rer. nat. Günter Becker sowie Dr. med. Hermann Overhoff legen auf Grund ihrer Forschungsarbeiten offenbar zum erstenmal in der medizinischen Wissenschaft die Aluminiumgefahr schonungslos offen...“ (Hans Wüllenweber in: Rhein-Zeitung).